

Анкетна карта

Целта на попълването на анкетната карта е да получим максимално пълна и точна информация за Вашето здравословно състояние.

Тъй като в лекарския кабинет не винаги има възможност за пълно събиране на цялата информация за здравословното Ви състояние, Ви съветваме да отделите няколко минути и да попълните и разпечатите анкетната карта преди посещението в медицинския център.

Имена..... Възраст.....

Следващите въпроси се отнасят за Вашето усещане за световъртеж, замайване и нестабилно равновесие. Моля, отговорете с "ДА" или "НЕ" и попълнете празните пространства.

Моля, опишете с няколко думи проблема си:

.....
.....
.....
.....

1. Имате ли някои от тези усещания?

Усещане за въртене на предметите около вас _____ ДА _____ НЕ

Залитане на една страна _____ ДА _____ НЕ

Усещане за замаяност, без въртене на предметите _____ ДА _____ НЕ

Усещане за потъване _____ ДА _____ НЕ

2. Следващите въпроси се отнасят за типичните усещания по време на епизодите на замайване.

Вашите усещания проявяват ли се на пристъпи (атаки, епизоди)? _____ ДА _____ НЕ

Колко често?

Каква е продължителността на пристъпите?

Ориентировъчна дата на първия пристъп

Ориентировъчна дата на последния пристъп

Имате ли усещането за замаяност между пристъпите? _____ ДА _____ НЕ

Променя ли се слухът ви по време на пристъпите/ атаките? _____ ДА _____ НЕ

Появява ли се шум в ушите по време на пристъпа? _____ ДА _____ НЕ

Появява ли се напрежение в ушите по време на пристъпа? _____ ДА _____ НЕ

Усещате ли замайване когато се изправите прекалено бързо? _____ ДА _____ НЕ

Имате ли усещане за силен световъртеж или чувство за потъване при лягане или обръщане в леглото? _____ ДА _____ НЕ

Засилва ли се световъртежа ви при заемане на определена позиция? _____ ДА _____ НЕ

Моля, опишете позицията

Имате ли гадене по време на пристъпите? _____ ДА ____ НЕ

Имате ли главоболие по време на пристъпите? _____ ДА ____ НЕ

Дразни ли ви светлина и шум по време на пристъпа? _____ ДА ____ НЕ

Има ли места или ситуации, които засилват вашите оплаквания? _____ ДА ____ НЕ

Моля, опишете местата или ситуацията, които засилват оплакванията Ви:

(напр. препълнени с хора помещения, широки отворени пространства, тесни пространства, натоварени улици, тъмнина)

.....
.....
.....

Замаяността ви засилва ли се при ваши по-резки движения? _____ ДА ____ НЕ

Замаяността ви засилва ли се при движения пред очите ви? _____ ДА ____ НЕ

Замаяността ви засилва ли се при возене в превозно средство, асансьор, метро, ескалатор и подобни? _____ ДА ____ НЕ

При ходене или шофиране по неравни пътища имате ли усещане, че зрителният ви образ трепти? _____ ДА ____ НЕ

Имате ли усещането, че оплакванията Ви се засилват с напредване на деня, а сутрин се чувствате по-добре? _____ ДА ____ НЕ

Чувствате ли се по-добре когато сте седнали или легнали? _____ ДА ____ НЕ

Провокира ли се световъртежът от кашляне, кихане или силен звук? _____ ДА ____ НЕ

По време на пристъпите от световъртеж и замайване, усещате ли изтръпване около устата, раздвоение на образите или нарушен говор? _____ ДА ____ НЕ

По време на пристъпите от световъртеж или замайване усещате ли сърцебиене, затруднено дишане, изтръпване или треперене на крайниците? _____ ДА ____ НЕ

3. Следващите въпроси се отнасят до проблеми, касаещи слуховата система:

Имате ли усещането за намален слух? ____ ДА __ ЛЯВО __ ДЯСНО __ В ДВЕТЕ УШИ __ НЕ

Имате ли субективен шум? _____ ДА ____ НЕ

Моля, опишете локализацията на субективния шум (напр. В ушите, в главата и т.н):

.....
.....
.....

Моля опишете характеристиките на субективния шум (напр. Свистене, бучене, пулсация):

.....
.....
.....

Променя ли се субективния шум? _____ ДА ____ НЕ

Моля, опишете промените:

.....
.....
.....

4. Следващите въпроси се отнасят до Вашето здраве като цяло:

Страдате ли от хронично главоболие? _____ ДА _____ НЕ

Имали ли сте травми на главата или шията? _____ ДА _____ НЕ

Усещати ли се по-тревожен и напрегнат в последно време? _____ ДА _____ НЕ

Усещате ли промени в настроението си в последно време? _____ ДА _____ НЕ

Моля опишете всички заболявания, от които страдате в момента:

.....
.....
.....
.....
.....

Моля, опишете всички заболявания и операции, които сте имали в миналото:

.....
.....
.....
.....
.....

Моля, опишете имената на всички медикаменти, които приемате в момента:

.....
.....

Приемали ли сте някои от следните медикаменти:

Гентамицин _____ ДА _____ НЕ

Стрептомицин _____ ДА _____ НЕ

Цисплатина _____ ДА _____ НЕ

Високи дози Аспирин _____ ДА _____ НЕ

Фурантрил _____ ДА _____ НЕ

Преглед на въпросника, заедно с лекаря.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....